UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 18

ARTHROPATHIES HÉRÉDO-SYPHILITIQUES CHEZ L'ENFANT

ÉTUDE D'UNE OBSERVATION

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 18 Décembre 1920

PAR

MANHAVIALE (Pierre-Louis-Joseph)

Né à Montauban (Tarn-et-Garonne), le 16 septembre 1893

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

ESTOR, professeur, *Président.*
FORGUE, professeur
LEENHARDT, agrégé.
ETIENNE, agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER
Imprimerie l'ABEILLE (Coopérative Ouvrière)
14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78
1920

ARTHROPATHIES HÉRÉDO-SYPHILITIQUES
CHEZ L'ENFANT

Étude d'une Observation

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 18

ARTHROPATHIES HÉRÉDO-SYPHILITIQUES CHEZ L'ENFANT

ÉTUDE D'UNE OBSERVATION

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 18 Décembre 1920

PAR

MANHAVIALE (Pierre-Louis-Joseph)

Né à Montauban (Tarn-et-Garonne), le 16 septembre 1893

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse : ESTOR, professeur, *Président*. FORGUE, professeur. LEENHARDT, agrégé. ETIENNE, agrégé. — *Assesseurs*

MONTPELLIER

Imprimerie l'ABEILLE (Coopérative Ouvrière)

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. DERRIEN (✠)	DOYEN.
FORGUE (O. ✲)	ASSESSEUR.
N...	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM. TEDENAT (O. ✲).
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT (✲).
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (O. ✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (O. ✲).
Physiologie	HEDON (✲).
Histologie	VIALLETON.
Clinique médicale	DUCAMP (✲).
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (✲).
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES (✲).
Anatomie pathologique	MASSABUAU (✲✠)
Chimie biologique et médicale	DERRIEN (✠).
Microbiologie	LISBONNE.
Clinique médicale	VEDEL.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET.
Pathologie interne	N...
Médecine légale et toxicologie	N...

Doyens honoraires : MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (✲).

Secrétaires honoraires : MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique des mal. des voies urinaires	JEANBRAU (O. ✲✠), a. l. (ch. de c.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN ✲ ✠, a. l. (ch. de c.)
Pathologie externe	ETIENNE, agrégé (ch. de c.).
Clinique ann. des mal. des vieillards	EUZIÈRE, agrégé (ch. de c.).
Accouchements	P. DELMAS, agrégé (ch. de c).
Stomatologie	WATON (✲ ✠) (Dr) (ch. de c.).
Clinique ann. des mal. syph. et cutanées	N...
Matière médicale	N...

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ETIENNE.
GRYNFELTT (✲).	P. DELMAS.	MESTREZAT.
LEENHARDT.	EUZIÈRE.	MARGAROT.
GAUSSEL (✲✠).	J. DELMAS (✠).	LAPEYRE.
RICHE (✲).	RIMBAUD (✲).	STROHL.

Examinateurs de la thèse :

MM. ESTOR, profes., présid[t]; FORGUE, professeur; LEENHARDT, agrégé; ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA MÈRE

Je la prie de trouver ici un faible gage de mon amour filial et d'infinie reconnaissance pour son inlassable sollicitude à mon égard et les trésors de tendresse qu'elle m'a toujours dispensés sans compter.

A MON PÈRE LE DOCTEUR MANHAVIALE

Mon premier Maître et mon meilleur Ami.
Hommage d'admiration et de piété filiale.

A MA SŒUR

A MON BEAU-FRÈRE

Faible témoignage de ma profonde affection.

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

P. MANHAVIALE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEENHARDT

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ETIENNE

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

P. MANHAVIALE.

AVANT-PROPOS

Au moment de terminer nos études médicales malheureusement interrompues par près de cinq années de guerre, qu'il nous soit tout d'abord permis de reporter notre souvenir ému vers ceux de nos camarades qui, partis avec nous pleins d'entrain et d'espoir, sont tombés face à l'ennemi, et dorment maintenant leur dernier sommeil dans leur linceul de gloire.

Avec plusieurs d'entre eux nous avions commencé nos études sur les bancs de la Faculté de médecine de Toulouse, et, en évoquant leur pieuse mémoire, notre pensée se reporte tout naturellement vers nos maîtres toulousains auxquels nous devons nos premières initiations à la pratique de notre art difficile.

Nous tenons à leur exprimer ici toute notre gratitude.

La guerre terminée, il fallait s'efforcer de rattraper le temps perdu, et notre père, se rappelant le mot de Rabelais, nous demanda d'extraire sans trop de retard de la science médicale cette moelle substantifique dont quarante ans plus tôt il s'était nourri lui-même à la Faculté de Montpellier.

Ne devions-nous pas retrouver à notre tour dans cette

vieille Ecole un corps professoral d'élite, héritier du plus robuste enseignement traditionnaliste dans le sein duquel figuraient aux meilleures places quelques-uns des amis ou anciens camarades d'études de notre père : MM. les professeurs Forgue, Ducamp, Estor, Gilis, dont les noms familiers frappèrent tour à tour nos oreilles dès notre plus tendre enfance. Auprès d'eux, comme d'ailleurs auprès de tous nos maîtres montpelliérains, nous avons trouvé non seulement les plus doctes leçons, mais encore la plus bienveillante sympathie.

Nous les prions de vouloir bien agréer l'hommage de notre profonde reconnaissance.

Nous n'aurions garde surtout d'oublier dans l'expression de nos sentiments de gratitude M. le professeur agrégé Etienne qui, pendant quelques mois de guerre, rendit à Montauban, comme chirurgien de secteur, de signalés services, et voulut bien depuis reporter sur nous un peu de l'amitié qui l'avait rapproché de notre père durant ce court séjour dans la zone de l'intérieur. C'est à lui que nous sommes redevable du sujet de cette thèse. Mais aux remerciements chaleureux que nous lui adressons pour toutes ses bontés à notre égard, nous ne voulons pas manquer de joindre ceux que nous devons à M. le professeur Estor qui nous a permis de suivre dans son service la petite malade dont nous publions l'observation, et a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

A notre père bien-aimé nous voulons enfin exprimer notre reconnaissance sans bornes, lui qui sut dès nos jeunes années élever notre esprit vers un idéal, nous faisant comprendre, par son exemple de tous les jours et dans nos longues causeries, quelle vie d'abnégation et

de dévouement est celle du praticien conscient de ses devoirs, mais aussi quelles joies profondes le dédommagent de ses peines quand la victoire vient couronner ses efforts dans cette lutte incessante contre le Mal. Pourrons-nous jamais assez le remercier, ce père chéri, pour la vigilance de tous les instants avec laquelle il dirigea nos études, et, nous guidant pas à pas à travers les sentiers de la science, nous apprit à partager l'amour et le véritable enthousiasme que lui-même éprouvait pour cet art noble entre tous, l'Art médical. Innombrables encore sont les titres qu'il s'est acquis à notre reconnaissance et nous déplorons notre impuissance à nous acquitter envers lui de cette dette toujours croissante. Qu'il veuille bien du moins trouver ici l'expression de notre profond amour filial, et l'assurance que son fils s'efforcera toujours d'être digne de lui.

ARTHROPATHIES HÉRÉDO-SYPHILITIQUES

CHEZ L'ENFANT

Étude d'une Observation

INTRODUCTION

Nous n'avons pas voulu entreprendre ici une revue générale des arthropathies syphilitiques de l'enfant. Depuis le premier mémoire de Richet en 1853, la question a été fréquemment étudiée et a fait déjà l'objet de nombreux travaux.

Nous n'aurions pu que reprendre des faits déjà classés et nous exposer à des redites. Notre but est uniquement de contribuer pour une faible part à cette large étude en rapportant simplement un cas intéressant d'hérédo-syphilis articulaire chez l'enfant, que nous avons eu l'occasion d'observer récemment dans le service de M. le professeur Estor.

Nous essaierons d'en montrer tout l'intérêt clinique, plus particulièrement par l'étude des symptômes et du diagnostic différentiel avec la tuberculose.

L'étude du diagnostic différentiel de la syphilis et de la tuberculose articulaires n'est pas chose nouvelle.

Tous les traités classiques, tous les travaux concernant particulièrement les arthropathies syphilitiques abordent la question. Presque tous les auteurs, après avoir mis en parallèle les signes cliniques propres aux deux affections, arrivent à conclure que le diagnostic est aisé pour qui sait examiner avec soin.

Et cependant, — notre observation en est une preuve éclatante, — quand on passe de la théorie à la pratique, lorsque mis en présence d'une arthropathie on essaie d'en déterminer la cause, on se heurte à de grosses difficultés ; les signes donnés comme caractéristiques se montrent en défaut et font bien souvent égarer le diagnostic.

Nous publions tout d'abord une observation inédite et fort détaillée. Puis en l'étudiant avec soin nous essaierons d'en faire ressortir les points intéressants, ceux d'où peut découler un enseignement pratique.

OBSERVATION

(Due à l'obligeance de M. le professeur Estor)

B. A..., 8 ans, entre à l'hôpital Suburbain de Montpellier le 3 mars 1920, avec le diagnostic de : Coxalgie double et tumeur blanche des deux genoux.

Antécédents héréditaires. — Le père et la mère accusent une bonne santé habituelle. Jamais aucune maladie.

La mère a eu six grossesses normales, toutes menées à terme sans aucun accident. Elle nie toute fausse couche. Des cinq enfants vivants — l'aîné serait mort de méningite à l'âge de 3 ans — quatre sont, paraît-il, assez bien portants, simplement tous un peu malingres. Ils n'ont jamais été malades et n'ont pas la moindre infirmité.

Le père n'accuse aucune maladie antérieure et nie absolument toute spécificité.

Les grands-parents sont encore vivants et en excellente santé, sans aucune infirmité.

Antécédents personnels. — La petite malade est la quatrième de la famille. Nourrie par sa mère jusqu'à 14 mois, elle a commencé à marcher vers l'âge de 1 an. N'a jamais été malade.

Début de la maladie actuelle. — L'enfant, qui a

actuellement 8 ans, a été prise en novembre 1916, à l'âge de 3 ans 1/2, de douleurs dans le genou gauche, sans cause, sans traumatisme. Le début est lent, insidieux, progressif. La petite malade commence à demander à s'asseoir plus fréquemment que d'habitude. Elle est vite fatiguée, n'a plus le même entrain dans ses jeux. Elle ne sait pas tout d'abord localiser sa douleur, et se plaint plutôt de faiblesse dans toute la jambe. Puis au bout de quelques jours — 4 à 5, dit la mère — la douleur au genou se fait plus nette. Mais elle n'apparaît qu'à la fatigue, lorsque l'enfant est levée depuis 2 ou 3 heures. L'insistance avec laquelle nous essayons d'avoir des renseignements sur ce point nous fait acquérir la certitude que la petite malade n'a jamais eu aucune douleur pendant la nuit, que son sommeil est normal et que les phénomènes douloureux n'apparaissent que dans le courant de la journée. L'enfant, d'ailleurs, commence à demander qu'on la laisse au lit le plus tard possible. Quinze jours à trois semaines après, elle est condamnée à y rester définitivement. Depuis elle ne s'est pas relevée. C'est que les phénomènes douloureux ont, dans cet espace de temps, pris rapidement une intensité toute particulière, en même temps qu'apparaît un nouveau symptôme ; la tuméfaction articulaire. Le diagnostic de tumeur blanche du genou gauche est aussitôt posé. L'enfant fait alors un court séjour à l'hôpital Suburbain, pendant le temps nécessaire à l'application d'un appareil plâtré. Lorsque, trois mois après, elle revient pour faire renouveler son appareil, elle accuse des douleurs au niveau du genou droit, douleurs qui auraient débuté depuis un mois, d'abord légères, puis rapidement plus vives, toujours uniquement diurnes.

Le genou droit est, comme celui du côté gauche, con-

sidérablement augmenté de volume par un épanchement intra-articulaire apparu depuis quelques jours, et la jambe est en légère flexion sur la cuisse. Les mouvements spontanés et provoqués sont atrocement douloureux. On immobilise donc le membre inférieur droit en même temps que le gauche. Malgré ce, l'enfant ne cesse de souffrir. Un an après, l'articulation coxo-fémorale gauche se prend. C'est en changeant les appareils plâtrés que l'on constate la douleur provoquée à ce niveau par la mobilisation. Un examen plus attentif permet de constater que : *à gauche*, la tête fémorale est nettement douloureuse à la pression dans le triangle de Scarpa ainsi que derrière le trochanter ; les mouvements de flexion de la cuisse sur le bassin, ainsi que ceux d'abduction, sont limités et douloureux ; *à droite*, les mêmes signes existent au niveau de l'articulation coxo-fémorale, mais avec moins de précision et d'intensité. Enfin il y a de l'ensellure lombaire très marquée.

Une radiographie pratiquée à ce moment-là aurait révélé une lésion osseuse très nette de la hanche gauche, et un début de lésion de la hanche droite. Mais nous n'avons à ce sujet que des renseignements imprécis, les clichés n'ayant pu être retrouvés.

Pensant à une coxalgie bilatérale, on applique un double appareil plâtré et la petite malade repart à nouveau chez elle pour une période de 3 mois. A son retour, en décembre 1919, devant la multiplicité des lésions, devant l'intensité des phénomènes douloureux qui, loin de cesser avec l'immobilisation, paraissent au contraire s'accroître, puisque le seul fait de supprimer l'appareil plâtré arrachait des cris à la pauvre enfant, on fait un Wassermann.

La mère, pressée de rentrer chez elle à cause de ses

autres enfants, ne veut pas se séparer de la malade et la laisser à l'hôpital en attendant au moins le résultat du Wassermann ; on applique donc aussitôt un nouvel appareil plâtré pour faciliter le transport.

Le résultat du Wassermann étant positif, on écrit aux parents de ramener leur enfant aussitôt et de faire les démarches nécessaires pour la faire hospitaliser.

Ce n'est qu'en mars 1920 qu'ils reviennent et nous confient définitivement leur malade.

Un nouvel interrogatoire des parents est pratiqué, mais il reste aussi négatif que la première fois. Toute spécificité est niée de part et d'autre. L'enfant elle-même n'a jamais eu ni bouton ni éruption suspects.

A son entrée à l'hôpital, le 3 mars 1920, ce qui domine toute l'étude clinique de notre malade, c'est un syndrome douloureux de grande intensité.

Localement : Le membre inférieur droit est en bonne position : à gauche, le genou est en légère flexion. L'atrophie musculaire est d'autant plus marquée que les genoux sont globuleux ; elle est bilatérale et d'égale valeur des deux côtés. La peau est de coloration normale. Il n'y a pas de déviation du bassin, pas de raccourcissement des membres. Hydarthrose bilatérale des deux genoux. Pas de fongosités, pas de plaques de blindage. Pas d'épaississement épiphysaire perceptible. Les mouvements spontanés des hanches et des genoux sont impossibles ; quant aux mouvements provoqués, ils ne peuvent être explorés, le moindre contact, le moindre essai de mobilisation étant atrocement douloureux. Pas d'adénopathie. Les soins de propreté les plus élémentaires sont extrêmement difficiles à donner à l'enfant, tellement est grande l'intensité des douleurs.

Absolument rien à signaler au niveau des divers appareils.

Rien à l'auscultation. L'enfant mange bien, digère bien, a des urines normales. Elle voit bien, entend bien. Aucun stigmate d'hérédo-syphilis, sauf, peut-être, quelques dents crénelées. L'état général est satisfaisant. On peut simplement noter un léger amaigrissement et un peu de pâleur du visage.

On commence aussitôt un traitement par le cyanure de mercure et l'iodure de potassium. L'immobilisation au lit est maintenue, mais sans plâtre.

Au bout de dix jours de traitement, une amélioration très nette se produit, à tel point que l'enfant, que l'on pouvait à peine toucher quelques jours auparavant, se retourne déjà d'elle-même sur le ventre quand on vient lui faire ses injections de cyanure dans la fesse.

Le 29 mars, la hanche droite n'est plus du tout douloureuse, le genou droit est relativement libre. A gauche, les douleurs à la pression ont complètement disparu mais les mouvements sont encore très limités.

Le 4 juillet, l'enfant est confiée à M. le professeur Vedel en vue d'un traitement au novarsénobenzol. Du 5 juillet au 7 novembre 1920 elle en a reçu 3 gr. 55, ainsi répartis :

1re	piqûre	le 5 juillet 1920	0,10	centigr.
2e	—	12 — —	0,15	—
3e	—	19 — —	0,15	—
4e	—	28 — —	0,15	—
5e	—	3 août —	0,15	—
6e	—	17 — —	0,30	—
7e	—	24 — —	0,30	—
8e	—	31 — —	0,30	—

9e piqûre	le 7 septembre 1920	0,30	centigr.
10e —	14 — —	0,30	—
11e —	21 — —	0,30	—
12e —	28 — —	0,30	—
13e —	5 octobre —	0,30	—
14e —	26 — —	0,30	—
15e —	7 novembre —	0,15	—
		3 gr. 55	

A cette date, les piqûres sont interrompues pendant quelque temps.

Etat actuel. — L'enfant, qui est sortie de l'hôpital Suburbain depuis le mois de septembre et allait d'une façon régulière suivre son traitement à l'Hôpital Général, vient de temps en temps à la consultation. A sa dernière visite, son état était le suivant : La petite malade vient en marchant, donnant la main à sa mère. La marche est difficile en raison des lésions osseuses anciennes, mais elle est possible et complètement indolore.

L'état général est parfait ; l'enfant a engraissé et son teint est normal.

Localement on trouve :

A droite, une ankylose totale de la hanche et du genou en bonne attitude.

A gauche, limitation des mouvements de flexion et d'abduction dans l'articulation coxo-fémorale. La rotation est assez bien conservée. Ankylose du genou en demi-flexion.

Les tibio-tarsiennes sont saines des deux côtés.

Quant aux douleurs spontanées ou provoquées, elles ont complètement disparu. On a l'impression que l'enfant est sinon guérie, du moins très améliorée.

La radiographie montre :

Hanche droite : Destruction très étendue de la tête fémorale qui est presque entièrement disparue, et de la partie supérieure du col.

Hanche gauche : Simple décalcification.

Genou gauche : Lésions très accentuées de l'extrémité inférieure du fémur dont le cartilage de conjugaison est en grande partie détruit. La portion d'os sous-jacente est diminuée de volume et très irrégulière. Des lésions semblables se retrouvent au niveau du tibia.

Genou droit : Mêmes lésions qu'à gauche, mais moins accentuées et limitées à l'extrémité inférieure du fémur.

La petite malade est repartie chez elle pour une période de trente jours au bout de laquelle elle doit reprendre son traitement.

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES

La lecture de cette observation est quelque peu troublante et le début de la maladie aussi bien que son évolution devaient fatalement amener une erreur de diagnostic en faveur de la tuberculose. Et à la simple lecture des signes du début n'a-t-on pas l'impression qu'une erreur a dû se glisser dans le titre de notre travail et que nous rapportons une observation de tuberculose articulaire ?

C'est qu'en effet rien ou à peu près dans le cas de la petite malade de M. le professeur Estor ne permettait de soupçonner la syphilis. Et, si l'on veut rapprocher cette observation des tableaux classiques de diagnostic différentiel de la tuberculose et de la syphilis articulaires que les divers auteurs ont coutume de publier pour mettre en relief les symptômes précis et caractéristiques des deux affections, on est assez surpris de voir que les symptômes accusés par notre malade cadrent tous avec ceux de la tuberculose ; et cependant la nature spécifique en est indéniable. Pour pouvoir nous aussi mieux faire ressortir tout l'intérêt de notre observation, nous allons tout d'abord passer rapidement en revue dans leurs

grandes lignes les symptômes habituels de l'hérédo-syphilis articulaire.

L'ostéo-arthropathie chronique de la syphilis héréditaire est relativement fréquente. C'est en général une affection tardive apparaissant le plus fréquemment entre 8 et 15 ans. Si elle peut atteindre toutes les articulations, elle affecte cependant une préférence marquée pour le genou. Sur les 60 cas de Fouquet (thèse de Paris, 1905) on note le genou 12 fois, les deux genoux 13 fois, le coude 8 fois, la hanche 2 fois, l'articulation tibio-tarsienne 1 fois, plusieurs articulations 5 fois. On sait que la fréquence avec laquelle les deux genoux sont attaqués simultanément ou successivement avait incité un auteur anglais, Clutton, à créer une variété spéciale d'arthropathie : l'hydarthrose double.

Le début est en général sourd, insidieux, sans fièvre ni phénomènes généraux. Puis deux symptômes primordiaux frappent de suite l'attention du médecin (l'indolence fonctionnelle et l'augmentation de volume des extrémités osseuses articulaires), suivis bientôt de toute une série de signes secondaires moins fréquents.

L'indolence fonctionnelle est le symptôme capital, fondamental. Il a été signalé d'une façon absolue par tous ceux qui ont étudié cette affection, et, bien avant la description classique de Richet, Chomel écrivait qu'il existe une arthropathie syphilitique qui se distingue du rhumatisme chronique « par la conservation des mouvements et leur exécution sans douleurs appréciables ». Et, de fait, il est caractéristique de voir avec quelle facilité on fait exécuter à l'articulation malade tous les mouvements de flexion et d'extension. La plupart des observations nous présentent des malades qui peuvent marcher, courir, se fatiguer toute la journée, avec un

genou énorme, parfois doublé de volume. C'est même souvent grâce à cet unique signe que le diagnostic de syphilis a pu être posé. Tous les auteurs insistent également sur ce fait que, si l'enfant présente parfois une légère claudication, c'est à la déformation du genou qu'il faut l'attribuer, mais non pas à la douleur.

L'augmentation du volume des extrémités osseuses ne manque dans aucune des observations que nous avons pu parcourir. Tous les auteurs sont d'accord pour la considérer comme constante. Cette hyperostose est « lisse, régulière, sans saillies et sans rugosités appréciables »; elle offre la sensation d'une tuméfaction osseuse, dure et indolente. Elle siège sur l'épiphyse et n'atteint en général qu'une seule des extrémités osseuses. Parfois la tuméfaction remonte vers la diaphyse de l'os.

L'hydarthrose succède à l'hyperostose et disparaît en même temps qu'elle sous l'influence du traitement. L'épanchement n'est, en général, pas très abondant, donnant à la palpation la sensation d'une tumeur molle, fluctuante.

L'épaississement de la synoviale est localisé ou généralisé. Il donne la sensation de plaques d'une consistance parfois cartilagineuse, affectant surtout les points de réflexion de la synoviale. C'est ce que Fournier a appelé le « blindage de l'articulation ».

Les contractures ou attitudes vicieuses sont *extrêmement rares*. On a signalé parfois une légère flexion du genou dans le cas d'hydarthrose importante.

L'intégrité des téguments est constante ou à peu près. Parfois existe un simple réseau veineux superficiel. Parfois aussi la peau peut être le siège de fistules provenant de l'évacuation d'une gomme épiphysaire.

L'état général est bon. Pas de fièvre. L'appétit est habituellement conservé.

L'évolution est assez longue. Mais la maladie se termine généralement par la guérison avec restitutio ad integrum de toutes les fonctions des membres, à condition que le traitement spécifique ait été rapidement institué. Seules les lésions trop anciennes ne guérissent pas.

Les antécédents héréditaires sont habituellement chargés et le sujet est lui-même porteur de stigmates hérédo-syphilitiques parmi lesquels la triade d'Hutchinson paraît être le plus constant.

La radiographie décèle dans les cas typiques la raréfaction osseuse centrale et l'hyperostose à la périphérie. L'interligne articulaire reste clair. Les surfaces articulaires se détachent assez nettement et sont irrégulières, crénelées.

Bien que succinct, ce résumé clinique des arthropathies syphilitiques en général nous permettra, en reprenant un par un tous les symptômes primordiaux, de rechercher par quels points notre observation s'en rapproche, ou au contraire s'en écarte au point de prendre une allure clinique tout à fait spéciale.

Reprenons donc en détail l'étude de notre observation :

Et tout d'abord, dès la question d'*âge*, elle se montre déjà comme ne voulant pas rentrer dans le cadre commun. Nous avons vu que la moyenne habituelle des arthropathies hérédo-syphilitiques se révélait entre 8 et 15 ans. C'est à 3 ans et 1/2 que notre petite malade commence à souffrir de son genou. Un début aussi précoce est relativement rare. Kirmisson et Jacobson ont bien publié deux observations dans lesquelles un des

petits malades n'avait que onze jours, l'autre 27 mois, mais elles sont exceptionnelles et l'une d'elles, la première, paraît sujette à caution.

Ces deux malades de Kirmisson et Jacobson sont aussi les deux seuls qui aient fait une localisation coxo-fémorale. De toutes les observations que nous avons pu fouiller, la nôtre paraît donc être la troisième où la lésion siège à la hanche, et son intérêt se renforce du fait que quatre articulations — les deux hanches et les deux genoux — sont prises à la fois. Les observations de Bowlby, Lorenzo, Mannino, Gelma, signalent, elles aussi, des cas où, chez le même sujet, le coude et le genou sont simultanément attaqués ; mais surtout Apert a publié un cas intéressant où les deux coudes, les deux genoux, la tibio-tarsienne, la sterno-claviculaire et l'épaule sont intéressés simultanément.

La symptomatologie et l'évolution clinique accusées par la petite malade de M. le professeur Estor méritent de retenir quelque peu l'attention.

C'est par le genou gauche qu'à l'âge de 3 ans et 1/2 la maladie a débuté. Si ce début est « lent, insidieux, progressif », des douleurs d'abord sourdes, puis de plus en plus vives, ne tardent pas à apparaître, bientôt suivies d'une tuméfaction articulaire constituée, non pas par un épaississement des extrémités osseuses, mais bien par de l'hydarthrose qui est ici primitive et non postérieure à une hyperostose.

Cette hydarthrose paraît bien être, avec les douleurs, un des symptômes dominants du début, puisque, deux mois après, le genou droit devient lui aussi rapidement douloureux ; et, aussi rapidement que du côté gauche, c'est-à-dire trois semaines après environ, l'hydarthrose s'installe. Est-ce à la douleur, est-ce à l'hydarthrose

qu'est due l'attitude vicieuse dans laquelle se présente le membre inférieur droit lorsque l'enfant vient à l'hôpital pour le renouvellement de son appareil plâtré? Il est vraisemblable d'admettre que ces deux facteurs entrent en jeu avec une égale valeur, puisque l'observation signale que l'article est « considérablement augmenté de volume » et que les mouvements tant spontanés que provoqués sont « atrocement douloureux ».

Combien tout ce qui précède diffère de cette forme hydarthrosique pure où l'indolence est de règle, la marche possible et les attitudes vicieuses exceptionnelles! Mais ce n'est pas tout. Pendant toute une année l'état demeure stationnaire, sans cessation des phénomènes douloureux par l'immobilisation bilatérale en appareil plâtré. Puis insidieusement s'installe sans douleur spontanée spécialement accusée une double arthrite coxo-fémorale plus marquée à gauche qu'à droite et révélée seulement par la mobilisation provoquée lors du changement des appareils plâtrés.

L'enfant n'avait-elle réellement pas souffert de ses hanches pendant toute cette année écoulée? Il lui a été difficile de bien nous le spécifier, car les douleurs dans la jambe occasionnées dès le début par les lésions articulaires n'ont pour ainsi dire jamais cessé. Toujours est-il que la pression sur la tête fémorale est douloureuse; que si les mouvements sont encore possibles, ils sont déjà très limités, tant dans la flexion que dans l'abduction; qu'enfin, il y a de l'ensellure lombaire.

Il est bien spécifié dans l'observation — et les parents nous l'ont confirmé — que ces douleurs n'avaient pas, comme dans la syphilis, un maximum nocturne, mais au contraire que d'une part les nuits ont toujours été bonnes, permettant à l'enfant un sommeil normal, et que, d'autre

part, elles n'apparaissaient au début que lorsque l'enfant « était déjà levée depuis 2 ou 3 heures », et diminuaient avec le repos.

Que nous voilà loin de ces symptômes primordiaux (indolence fonctionnelle et augmentation de volume des épiphyses, suivies à la longue d'hydarthrose) que nous avons signalés plus haut, et que tous les auteurs considèrent comme « un fait capital », comme « un élément constant » dans la syphilis articulaire, tant acquise qu'héréditaire. Nous ne ferons que citer en passant l'absence dans notre cas de cet épaississement, presque classique lui aussi, de la synoviale, de ce blindage articulaire.

Il nous paraît bien plus important et plus intéressant aussi de mettre en opposition, d'une part, notre syndrome douloureux qui domine toute la scène par son intensité, par sa continuité, sa persistance malgré les repos prolongés, et, d'autre part, la symptomatologie négative habituelle des cas classiques. Notre observation n'est pas unique à ce point de vue. Nombre d'auteurs ont signalé la possibilité des douleurs dans l'évolution clinique de la syphilis articulaire, et nous pourrions citer les observations de Méry et Terrier, de Méry et Guillemot, celle de Julien ; mais si dans ces cas les phénomènes douloureux existent, ils sont assez peu accusés. Seule l'observation de Morel-Lavallée (Union médicale, 3 mai 1888) pourrait être mise en comparaison avec la nôtre à ce point de vue : « les mouvements provoqués sont très douloureux, le moindre essai de mobilisation arrache des cris à la malade ».

L'étude radiographique ne nous apporte malheureusement pas un enseignement très précis. De la première épreuve faite au début des lésions coxo-fémorales, il

nous a été impossible d'obtenir le moindre renseignement précis, le cliché ayant été égaré. Il est simplement noté « une lésion osseuse très nette de la hanche gauche et un début de lésion de la hanche droite ».

Plus instructive pourrait être la dernière épreuve faite récemment. Alors que d'habitude la syphilis articulaire se révèle à nous par une raréfaction osseuse centrale avec hyperostose périphérique, par une irrégularité, un simple crénelage des surfaces articulaires, d'autant plus visible qu'il n'y a pas le flou habituel de la tuberculose, mais une netteté parfaite de l'interligne ; dans notre cas, au contraire, il y a des destructions très étendues, tant de la tête fémorale droite que de l'extrémité inférieure du fémur ou de l'extrémité supérieure des tibias, donnant ainsi plutôt l'aspect de lésions tuberculeuses anciennes que de lésions syphilitiques, mais sans que l'on puisse cependant rien déceler de bien caractéristique à la seule lecture des clichés.

La recherche des antécédents héréditaires n'est pas dépourvue d'intérêt. Le père, malgré un interrogatoire particulier très serré, nie à plusieurs reprises toute spécificité. La mère a eu 6 enfants, tous à terme ; jamais de fausse couche. L'un et l'autre n'ont jamais eu la moindre lésion suspecte. Les grands-parents sont encore vivants et sans infirmité.

L'enfant ne présente aucun stigmate d'hérédo-syphilis, ce qui est loin d'être habituel dans la syphilis articulaire. Il est à noter aussi que son état général est bon, que ses divers appareils sont sains et que l'auscultation est négative.

CONSIDÉRATIONS DIAGNOSTIQUES

Devant un tel tableau symptomatique quel était donc le point qui pouvait faire orienter le diagnostic dans le sens véritable ? Au début : aucun. Il est cependant classique de songer à la spécificité possible dans les lésions bilatérales des genoux. Mais on sait également que la formule est : « Penser toujours à la syphilis en présence d'une hydarthrose double, traînante, à allure essentiellement chronique et torpide. » Nous avons vu, et nous y avons suffisamment insisté, que si la lésion était bilatérale, elle était loin d'être torpide.

Trois points cependant ont contribué à mettre sur la voie du diagnostic, et ces trois points paraissent avoir, en effet, une certaine importance. Ce sont :

1° La multiplicité symétrique des lésions ;

2° L'absence d'amélioration par repos prolongé ;

3° La conservation de l'état général.

Et ce sont ces trois symptômes qui ont attiré tout spécialement l'attention et qui ont paru en contradiction flagrante avec la marche habituelle des lésions tuberculeuses. C'est à la tuberculose seule, en effet, que l'on devait songer dans un cas semblable. Mais la tubercu-

lose ne va pas avec une symétrie aussi exacte des lésions, avec une absence d'amélioration par l'immobilisation longtemps maintenue, ni enfin avec une conservation de l'état général contrastant avec une aggravation des lésions articulaires.

On pouvait bien encore penser à cette forme inflammatoire de la tuberculose, le rhumatisme de Poncet, mais il n'apparaît pas, en général, chez des enfants aussi jeunes ; c'est plutôt une maladie de l'âge adulte que l'on rencontre chez des sujets déjà porteurs de lésions bacillaires. Cependant son évolution clinique, en quelques points semblable à celle de notre malade, pouvait laisser subsister quelques doutes.

Mais le Wassermann est venu apporter un élément de diagnostic indiscutable. Positif à plusieurs reprises, il prend chez une enfant qu'aucune infection antérieure n'a jamais atteinte, une valeur indéniable que le traitement mercuriel et ioduré est aussitôt venu confirmer d'une manière éclatante. Il n'a pas fallu, en effet, plus de dix jours, plus d'une série d'injections de cyanure de mercure pour obtenir une amélioration très nette. Après ces dix piqûres l'enfant ne souffrait presque plus ; elle pouvait se retourner d'elle-même dans son lit, et cette amélioration s'est précisée de plus en plus à mesure que, confiée aux soins de M. le professeur Vedel, elle suivait avec régularité un traitement au novarsénobenzol.

Un dernier point resterait peut-être à préciser. Devant l'absence de stigmates hérédo-syphilitiques, d'une part, devant l'absence d'antécédents spécifiques héréditaires avoués, d'autre part, on serait en droit de se demander si chez notre petite malade il ne s'agirait pas de syphilis acquise, plutôt que de syphilis héréditaire. Mais nous ne faisons qu'effleurer cette hypothèse. Les lésions

ostéo-articulaires de la syphilis acquise sont des lésions tertiaires, et à 3 ans 1/2 il paraîtrait bien invraisemblable que cette troisième étape soit déjà franchie. Rien d'ailleurs dans les antécédents personnels de l'enfant ne permet de penser à cette éventualité.

Un enseignement pratique important paraît découler de notre observation : c'est que dans le diagnostic différentiel de la syphilis et de la tuberculose articulaires il faudra savoir ne pas ajouter une foi trop absolue en la classique indolence fonctionnelle avec conservation parfaite des mouvements articulaires. Peut-être plus souvent qu'on ne le fait faudrait-il avoir recours aux diverses méthodes de laboratoire (Wassermann, cuti-réaction) et au traitement d'épreuve, même dans les cas où l'hypothèse d'une syphilis paraît le plus invraisemblable.

Que de surprises nous seraient peut-être réservées ! Notre observation en est une preuve manifeste.

CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES

Nous n'avons certes pas la prétention d'exposer ici en détail le traitement antisyphilitique. Fidèle au plan que nous nous sommes tracé dès le début de ce travail, nous envisagerons simplement le cas de notre petite malade.

A l'heure actuelle cette enfant peut marcher sans douleur, et ceci depuis le mois de septembre. Nous l'avons revue tout dernièrement ; la démarche certes est difficile, de par l'importance et l'ancienneté des lésions articulaires. Il y a ankylose totale de la hanche et du genou droits, heureusement en bonne attitude. A gauche il y a ankylose du genou en demi-flexion, et simple limitation des mouvements de flexion et d'abduction dans l'articulation coxo-fémorale.

La douleur est définitivement vaincue et c'est là déjà un magnifique succès. Mais quel sort est réservé aux lésions ostéo-articulaires ? Sans doute les progrès du mal paraissent désormais enrayés et nous pouvons même espérer la cicatrisation des lésions dues au spirochète. Mais les déformations osseuses qui sont établies de longue date n'ont pas chance de rétrocéder et maintiendront toujours le membre gauche dans son attitude vicieuse.

Toutefois pour le membre droit qui, lui, est en bonne position, on peut conserver bon espoir tant que le traitement ne sera pas terminé, et l'on sait que dans la syphilis articulaire il faut presque autant de patience que dans la tuberculose.

Le traitement devra être continué pendant des années, trois, quatre et plus. Si aucune amélioration ne se produit on pourra pratiquer des interventions secondaires, sanglantes ou non, pour rétablir dans la rectitude le membre gauche actuellement en flexion.

Les résultats obtenus déjà, et ceux qu'il est encore permis d'espérer, sont, on le voit, complètement satisfaisants et l'on a tout lieu de s'en féliciter, surtout quand on songe aux améliorations que l'intervention chirurgicale pourra par la suite apporter aux lésions déjà jugulées par le traitement spécifique.

Il serait peut-être bon, en attendant que ce traitement spécifique soit terminé, de lui adjoindre l'immobilisation en appareil plâtré, tant pour éviter des déformations ultérieures encore possibles, que pour lutter contre celles déjà existantes.

CONCLUSIONS

L'intérêt de notre observation réside dans les faits suivants :

1° Le jeune âge de la malade : 3 ans 1/2.

2° La multiplicité et la symétrie des articulations atteintes : les deux hanches et les deux genoux.

3° La rapidité d'évolution.

4° Le syndrome douloureux primordial en opposition très nette avec l'indolence fonctionnelle habituellement décrite.

5° L'importance et le caractère anormal des lésions anatomo-pathologiques décelées par la radiographie.

6° L'absence de tout antécédent spécifique héréditaire ou personnel, ainsi que des stigmates hérédo-syphilitiques habituels.

7° L'erreur de diagnostic consécutive, inévitable au début, en faveur de la tuberculose.

8° L'action rapide du traitement spécifique amenant dès la première série de piqûres la disparition de phénomènes douloureux datant de plusieurs années.

BIBLIOGRAPHIE

Archer O'Kelly. — Syphilis articulaire (The American Journal of orthopedic surgery, n° 3, janvier 1914. Résumé *in* Journal de chirurgie, 1914, p. 724).

Aronowitch. — La coxalgie double (Thèse Paris, 1910).

Auclert. — Arthropathies syphilitiques (Thèse Paris, 1908-1909, n° 81).

Boorstein. — Syphilis des os et des articulations (Surgery, Gynecology and Obst., t. XVIII, n° 1, janvier 1914).

Calvé. — La coxalgie double chez l'enfant (Thèse Paris, 1906, n° 196).

Cayre. — Les coxalgies douloureuses rebelles (La Clinique, 5 février 1909).

Debonnesset. — Diagnostic différentiel entre la syphilis héréditaire osseuse et articulaire et la tuberculose (Thèse Paris, 1905-1906, n° 474).

Dohen. — Arthropathies syphilitiques chez l'enfant (Thèse Paris, juillet 1920).

Etienne et Aimes. — Pseudo-tumeur blanche syphilitique (Montpellier médical, 15 juin 1913, p. 593).

Fouchon-Lapeyrade. — Etude radiographique de la coxalgie (Thèse Paris, 1906, n° 224).

Fouquet. — Traité de la syphilis articulaire (Thèse Paris, 1905, n° 387).

Gouariantz. — Arthropathies syphilitiques (Thèse Lyon, 1913-1914, n° 56).

Kirmisson et Jacobson. — Arthropathies dans la syphilis héréditaire (Revue d'orthopédie, 1897, p. 366).

Ménard, Lemoine et Bérard.— Arthropathies dans la syphilis héréditaire (Gaz. des hôpitaux, 1908, p. 605).

Merlier. — Arthropathies hérédo-syphilitiques et triade d'Hutchinson (Thèse Paris, 1917-1918, n° 60).

Métayer. — Arthropathies de la syphilis héréditaire (Thèse Paris, 1903-1904, n° 243).

Mozer. — Tableau clinique et réaction de Wassermann dans le diagnostic de la syphilis ostéo-articulaire (Thèse Paris, 1917-1918, n° 18).

Pascalidès. — Tumeurs blanches syphilitiques (Thèse Paris, 1905, n° 431).

Phalempin. — Pseudo-coxalgies (Thèse Paris, 1910-1911, n° 71).

Pillon. — Formes cliniques de la syphilis articulaire et leur diagnostic avec les arthropathies tuberculeuses (Thèse Lyon, 1914).

Pillot. — Coxalgie double (Thèse Nancy, 1909-1910, n° 24).

Saucet. — Arthropathies de la syphilis héréditaire tardive (Thèse Bordeaux, 1903-1904, n° 120).

Simfray. — Forme fruste de la coxalgie (Thèse Paris, 1911).

Sourdat. — Etude radiographique de la hanche coxalgique, en particulier chez l'enfant (Thèse Paris, 1908-1909, n° 337).

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 7 décembre 1920.

Le Recteur,

Jules COULET.

Vu et approuvé :

Montpellier, le 6 décembre 1920.

Le Doyen.

E. DERRIEN.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!